



Faletihan Health Journal, 5 (2) (2018) 61-68

<https://journal.lppm-stikesfa.ac.id>

ISSN 2088-673X | e-ISSN 2597-8667

Case Study dalam Mengatasi Anemia pada Remaja Putri di Keluarga dengan Model *HEMA Coach* (*Health Education, Modifikasi Perilaku, dan Coaching*)

Teti Rahmawati^{1*}

¹Departemen Keperawatan Komunitas, STIKes Jayakarta, PKP DKI Jakarta, Indonesia

*Corresponding Author: tetirahmawati97@gmail.com

Abstrak

Remaja merupakan salah satu kelompok yang berisiko mengalami anemia yang disebabkan kurangnya zat besi di dalam tubuh dengan berbagai faktor pencetus. Salah satu intervensi yang dilakukan diberi nama *HEMA Coach* terdiri dari *health education*, modifikasi perilaku, dan *coaching*. Tujuan intervensi ini adalah terjadinya penurunan prevalensi anemia di keluarga. Desain penelitian adalah studi kasus menggunakan pendekatan asuhan keperawatan keluarga terhadap 10 keluarga yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga dalam mengatasi masalah anemia pada remaja putri. Rekomendasi penelitian adalah kebijakan pemerintah dalam pemberian promosi kesehatan dan monitoring terhadap perubahan perilaku remaja putri yang dilakukan secara berkelanjutan.

Kata Kunci: Anemia, *HEMA Coach*, Remaja putri

Abstract

Adolescents are among the groups at risk for anemia caused by a lack of iron in the body with various precipitating factors. One of the interventions carried out named *HEMA Coach* consists of health education, behavior modification, and coaching. The purpose of this intervention is the decreasing prevalence of anemia in the family. The research design is case studies using family nursing approach to 10 families taken with *purposive sampling* technique. The results showed an increase in knowledge, attitude, and family skills in overcoming anemia problems in young women. Research recommendation is government policy on giving health promotion and monitoring to change of behavior of adolescent girl which do continuously.

Key words: Adolescents, Anemia, *HEMA Coach*

Pendahuluan

Remaja didefinisikan sebagai periode transisi perkembangan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, yang mencakup aspek biologi, kognitif, dan perubahan sosial yang berlangsung antara usia 10-19 tahun (Sanrock, 2007). Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa transisi ini cenderung membuat remaja berusaha mengeksplorasi diri, mengaktualisasikan peran yang dapat mengarahkan remaja kepada gaya hidup yang negatif (Stanhope & Lancaster, 2016), seperti mengonsumsi makanan rendah zat besi, tidak suka mengonsumsi sayuran hijau, dan istirahat kurang yang dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan diantaranya anemia pada remaja (Miller, 2012).

WHO (2014) menyatakan 1,65 miliar orang mengalami anemia. Terdapat 9 dari 10 orang di negara berkembang mengalami anemia. Menurut Kemenkes RI (2013) wanita berisiko mengalami anemia paling tinggi terutama pada remaja putri. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013 diperoleh data bahwa prevalensi anemia di Indonesia pada remaja putri adalah sebesar 25% dan anemia pada remaja sebesar 17-18% (Depkes RI, 2014). Iskandar (2009), menyebutkan bahwa anemia gizi pada remaja putri disebabkan oleh kurang pengetahuan, sikap, dan keterampilan remaja akibat kurangnya informasi, kurang kepedulian orang tua, masyarakat, dan pemerintah terhadap kesehatan remaja serta belum optimalnya pelayanan kesehatan remaja.

Terjadinya anemia pada remaja putri berfokus pada pola perilaku yang tidak sehat, seperti: remaja cenderung tidak suka mengonsumsi sayuran, adanya keinginan untuk tetap langsing atau kurus, diet tidak seimbang, ketidakseimbangan asupan nutrisi dengan aktivitas (Linda, Michelle, & Laura, 2013; Mesias, Seiquer, & Navarro, 2012; Anand, Rahi, Sharma, & Ingle, 2013), yang dapat menimbulkan berbagai dampak. Menurut Linda, Michelle, & Laura (2013) keinginan remaja untuk tetap langsing atau kurus sehingga berdiet dan mengurangi makan sering menyebabkan kekurangan zat besi pada remaja putri. Diet yang tidak seimbang dengan kebutuhan zat gizi tubuh akan menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi yang penting seperti besi (Arisman, 2007).

Ketidakseimbangan antara asupan dan kebutuhan apabila tidak ditangani dapat mengakibatkan menurunnya kemampuan dan konsentrasi belajar, mengganggu pertumbuhan dan perkembangan remaja, dan menurunkan kemampuan fisik dan kebugaran (Neri, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Bagni, Yokoo, & Veiga (2014) menyatakan terdapat hubungan antara asupan nutrisi dengan kejadian anemia; anemia pada remaja terjadi karena kurangnya asupan makanan yang mengandung zat besi.

Menurut Hayati (2010), akibat jangka panjang anemia pada remaja putri adalah apabila remaja putri nantinya hamil, maka ia tidak akan mampu memenuhi zat-zat gizi bagi dirinya dan juga janin dalam kandungannya serta pada masa kehamilannya anemia ini dapat meningkatkan frekuensi komplikasi, resiko kematian maternal, angka prematuritas, BBLR, dan angka kematian perinatal. Selain itu, anemia pada remaja dapat menyebabkan keterlambatan pertumbuhan fisik, gangguan perilaku serta emosional. Hal ini dapat memengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan sel otak sehingga dapat menimbulkan daya tahan tubuh menurun, mudah lemas dan lapar, konsentrasi belajar terganggu, prestasi belajar menurun serta dapat mengakibatkan produktivitas kerja yang rendah (Sayogo, 2006). Sehingga diperlukan berbagai intervensi untuk mengatasi dampak yang dialami, salah satunya dengan merubah perilaku remaja.

Perilaku, salah satunya perilaku sehat, dipengaruhi oleh pengetahuan motivasi, serta keterampilan. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk merubah perilaku sehat diawali dengan memberikan *health education*, sebagai salah satu cara untuk mendapatkan pengetahuan yang menjadi pemicu awal terjadinya perubahan perilaku. Intervensi lain yang dilakukan adalah modifikasi perilaku (Green, Lawreance, & Kreuter, 2005; Notoatmojo, 2010). Menurut Saifah (2012) anak yang susah melakukan perilaku makan sehat perlu diberikan motivasi salah satunya dengan memodifikasi perilaku dan untuk meningkatkan keterampilan hidup sehat dapat dilakukan melalui intervensi *coaching* dengan cara melatih individu agar memiliki kemampuan dalam perawatan kesehatan dan mempertahankan perilaku yang diharapkan menjadi kebiasaan yang konsisten dilakukan secara berkelanjutan (Sari, 2016). Hal ini menjadi

dasar intervensi yang dilakukan untuk merubah perilaku remaja putri.

Intervensi yang digunakan dalam penelitian ini diberi nama hema *coach* yaitu terdiri dari pemberian *health education*, modifikasi perilaku, dan *coaching*. Intervensi ini dilakukan selama 12 minggu yang diberikan pada remaja putri dan keluarga terutama ibu. Menurut Taylor (2006) seseorang yang memiliki dukungan keluarga tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan. Untuk itu, peran serta keluarga terutama ibu sangat berpengaruh dalam merubah perilaku remaja untuk mengatasi masalah anemia yang dialaminya. Tujuan penelitian ini adalah remaja putri dan keluarga memiliki pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang baik tercermin dari perilaku dalam mengatasi anemia, salah satunya ditandai dengan peningkatan nilai Hb dan IMT. Selain itu, terjadinya peningkatan tingkat kemandirian keluarga dari tingkat I – II ke tingkat III – IV. Adapun metode yang digunakan adalah studi kasus melalui kunjungan rumah. Pemilihan kasus dilakukan dengan metode *purposive sampling* yaitu memilih 10 keluarga yang menjadi keluarga binaan dengan kriteria inklusi keluarga dengan anak remaja putri yang teridentifikasi mengalami anemia.

Deskripsi Kasus

Proses pelaksanaan penelitian diaplikasikan dalam bentuk asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan kepada 10 keluarga dengan anak remaja putri yang mengalami anemia di wilayah Kelurahan Curug Cimanggis Kota Depok. Data yang diperoleh dari hasil pengkajian ke-10 keluarga binaan adalah 9 keluarga merupakan keluarga inti, 8 KK berpendidikan <SMA, 8 KK bekerja sebagai buruh dan 2 keluarga pedagang makanan, pendidikan ibu <SMA dimiliki oleh 9 keluarga, hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan pertama menunjukkan 7 remaja putri termasuk kategori kurus ($IMT < 17 \text{ Kg/m}^2$) dan 3 remaja putri termasuk kategori normal ($IMT 17-23 \text{ Kg/m}^2$). Tanda dan gejala yang dirasakan remaja putri adalah lemas, lelah, sering mengantuk, cepat capek, sulit konsentrasi untuk belajar, kadang cepat marah, konjungtiva anemis, pengisian kapiler refil lebih dari 3 detik, telapak tangan dan ujung jari tampak pucat.

Pola makan remaja putri tidak teratur, tetapi rata-rata frekuensi makan 1-2 kali setiap hari. 4 remaja putri malas makan karena takut gemuk. 4 tidak pernah sarapan dengan alasan takut sakit perut di sekolah, 5 lainnya sarapan dengan menu nasi uduk ditambah bakwan, dan 1 sarapan dengan energen dan gorengan. Rata-rata konsumsi air putih 2-4 gelas dan teh gelas 2 -3 gelas. 6 remaja putri hampir setiap hari makan mie instan tanpa tambahan sayur dan lauk seperti telur atau sayur sawi, 5 tidak menyukai sayuran, 4 menyukai sayuran tertentu saja seperti sayur soup. Remaja putri tidak setiap hari mengonsumsi buah-buahan dengan alasan jarang tersedia di rumah. Kebiasaan tidur larut malam setelah jam 22.00 WIB dilakukan 7 remaja putri. Aktivitas fisik yang dilakukan berangkat sekolah dengan berjalan kaki dan mengikuti beberapa ekskul di sekolah.

Keluarga tidak mengetahui terdapat anggota keluarga yang mengalami anemia karena remaja putri masih tetap beraktivitas seperti biasa meskipun sering terdapat keluhan capek, ngantuk, atau lemas. Keluarga menganggap keluhan yang dirasakan adalah hal yang biasa terjadi pada remaja, sehingga tidak membawanya ke pelayanan kesehatan. Keluarga jarang masak makanan sendiri sebanyak 5 keluarga, tidak memiliki kebiasaan sarapan pagi sebanyak 4 keluarga tetapi kadang-kadang jika anaknya minta sarapan baru disediakan.

Data yang telah terkumpul dilakukan analisis data dan prioritas masalah (skoring) sehingga diperoleh masalah keperawatan dalam keluarga. Kedua adalah merumuskan diagnosa keperawatan dengan menggunakan NANDA (2015-2017). Ketiga menyusun rencana keperawatan yang mengacu pada NIC dan indikator pencapaian tujuan berdasarkan NOC. Intervensi yang dilakukan diberi nama hema *coach* yang terdiri dari *health education*, modifikasi perilaku, dan *coaching*. Ke empat melakukan implementasi berdasarkan rencana keperawatan yang sudah disusun. Ke lima melakukan evaluasi berdasarkan hasil implementasi yang sudah dilakukan.

Pelaksanaan intervensi (Implementasi) dilakukan terhadap 10 keluarga binaan dalam waktu yang sama yaitu 12 minggu, dengan tahap-tahap sebagai berikut: melakukan *health education* dengan cara penyuluhan mengenai proses penyakit anemia dan mengajarkan cara melakukan pemeriksaan tanda dan gejala anemia. Kemudian pada kunjungan berikutnya dilakukan

health education mengenai manajemen nutrisi serta mengajarkan cara menyusun menu terutama untuk remaja yang mengalami anemia. Mendiskusikan cara melakukan modifikasi perilaku yang akan dilakukan terkait *asupan* nutrisi (pengaturan frekuensi dan waktu makan, jenis makanan yang dikonsumsi, jumlah porsi makan, dan kebiasaan makan), aktifitas fisik, dan istirahat tidur. Semua bentuk modifikasi perilaku dicatat dalam buku kerja remaja anemia dan dievaluasi setiap kunjungan keluarga.

Intervensi lain yang dilakukan adalah *coaching* dengan cara membimbing dan mengajarkan cara memilih, mengolah, dan menyajikan makanan yang dilakukan sebanyak 3 sesi (sesi satu dilakukan tahap 1-3 selama 30 – 45 menit, sesi dua dilakukan tahap 4-5 selama 60 – 90 menit, dan sesi 3 dilakukan tahap 6 selama 30 menit), dievaluasi setelah 2 minggu melalui buku kerja ibu dan kunjungan langsung secara tiba-tiba. Setelah semua rencana keperawatan diimplementasikan makan di akhir pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan evaluasi sumatif untuk mengevaluasi seluruh proses yang telah dilakukan.

Hasil intervensi keperawatan, menunjukkan terjadinya peningkatan pengetahuan sebelum dan setelah dilakukan intervensi terkait masalah anemia yaitu dari tidak ada keluarga yang memiliki pengetahuan baik menjadi 8 keluarga memiliki pengetahuan baik. Pengetahuan manajemen nutrisi meningkat dari tidak ada keluarga yang memiliki pengetahuan baik menjadi 9 keluarga memiliki pengetahuan baik. Respon yang ditunjukkan keluarga saat melakukan intervensi adalah aktif dan antusias. Terjadinya peningkatan sikap dari 10 keluarga, yaitu dari 3 menjadi 8 keluarga yang memiliki sikap baik. Sedangkan sikap keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi meningkat dari 2 menjadi 8 keluarga yang memiliki sikap baik.

Hasil intervensi juga menunjukkan peningkatan keterampilan sebelum dan setelah dilakukan intervensi dari tidak ada menjadi 9 keluarga yang terampil melakukan pemeriksaan tanda dan gejala anemia. Keterampilan dalam menyusun menu meningkat dari tidak ada menjadi 8 keluarga yang terampil. Keterampilan dalam memilih, mengolah, dan menyajikan makanan juga meningkat dari tidak ada menjadi 9 keluarga yang terampil. Hasil *Screening* Hb menunjukkan 10 remaja putri mengalami peningkatan nilai Hb.

Hasil pengukuran IMT diperoleh 7 remaja putri termasuk dalam kategori kurus (< 18,5). Selain itu, 10 keluarga mengalami peningkatan tingkat kemandirian, di mana sebelum intervensi kemandirian keluarga berada pada tahap mandiri I dan II sedangkan setelah intervensi meningkat menjadi mandiri III dan IV.

Pembahasan

Hasil intervensi keperawatan menunjukkan terjadinya peningkatan pengetahuan setelah dilakukan intervensi terkait masalah anemia. Peningkatan pengetahuan diperoleh karena adanya informasi yang diberikan melalui intervensi *health education* yang dilakukan dengan menggunakan metode ceramah, diskusi, tanya jawab, demonstrasi, re-demonstrasi, pembimbingan, permainan, dan praktek. Didukung dengan media lembar balik, *leaflet*, *food models*, buku kerja ibu dan remaja anemia, serta alat peraga lain berupa bahan makanan. Hal ini dilakukan karena setiap metode dan media memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing sehingga untuk memaksimalkan pencapaian tujuan dibutuhkan modifikasi dengan menggabungkan beberapa metoda dan media sesuai dengan sasaran pembelajaran dan tujuan yang ingin dicapai.

Peningkatan pengetahuan dapat menjadi langkah awal keluarga untuk merubah perilaku yang tidak sehat menjadi sehat termasuk merubah kebiasaan dalam mengonsumsi makanan yang kaya zat besi, memenuhi kebutuhan istirahat tidur, maupun aktifitas fisik sesuai dengan kemampuan. Didalam keluarga pengetahuan ibu mengenai masalah kesehatan sangat berperan dalam merubah perilaku keluarga (Notoatmojo, 2010), karena peran ibu sangat besar dalam menentukan kondisi kesehatan anggota keluarga termasuk dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Dengan adanya pengetahuan, ibu menjadi memahami nutrisi yang dibutuhkan oleh remaja, jenis makanan yang harus disajikan, kebiasaan makan yang diterapkan, maupun pola hidup yang harus diterapkan dalam keluarga sehingga anemia pada remaja dapat diatasi.

Hasil intervensi menunjukkan terjadinya peningkatan sikap yang baik dalam mengatasi anemia. Peningkatan sikap yang terjadi dalam keluarga merupakan salah satu dampak dari

peningkatan pengetahuan yang dialami. Sehingga dengan adanya pengetahuan, keluarga akan memberikan respon berupa sikap untuk mengatasi masalah yang dihadapinya, seperti adanya perhatian dalam menyediakan menu makan berdasarkan keinginan remaja putri sehingga remaja termotivasi untuk makan.

Keterampilan keluarga dalam melakukan pemeriksaan tanda dan gejala anemia, menyusun menu, memilih, mengolah, dan menyajikan makanan juga mengalami peningkatan. Keterampilan ibu tentunya sangat penting dalam melakukan perubahan perilaku di dalam keluarga. Intervensi yang dilakukan untuk mempelajari keterampilan baru adalah *coaching*. *Coaching* dilakukan untuk memberikan pemahaman dan keterampilan baru dengan cara memberikan bimbingan langsung (Lubis, 2012). Efektifitas *coaching* dalam mempelajari keterampilan didukung hasil penelitian Croffoot, Bray Krust, Black Marsha, dan Kurber (2010) *coaching* efektif dilakukan untuk mengajarkan cara melakukan kebersihan gigi pada anak usia sekolah.

Coaching di keluarga dilakukan terhadap ibu dan remaja putri. *Coaching* pada remaja bertujuan untuk memberikan keterampilan dalam memilih makanan sehat dan menentukan menu makanan yang akan di konsumsi sehingga remaja memahami cara melakukan perilaku hidup sehat serta berkomitmen untuk melakukan pola hidup sehat secara konsisten. Sedangkan *coaching* yang dilakukan pada ibu bertujuan untuk memberikan keterampilan mengenai cara menyusun menu dan manfaat makanan dari mulai memilih, mengolah, dan menyajikannya sehingga remaja putri tertarik untuk makan. Peran serta ibu dalam *coaching* menunjukkan tingginya dukungan dan peran serta keluarga dalam mengatasi masalah anemia yang dialami remaja putri. Seseorang yang memiliki dukungan keluarga tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan (Taylor, 2006).

Peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang dimiliki keluarga (ibu) dapat mempermudah ibu menjalankan perannya sebagai penjaga kesehatan seluruh anggota keluarga. Peran tersebut dapat dijalankan ibu dengan benar karena perilaku yang ditunjukkan ibu didasari oleh pengetahuan. Sesuai penyataan Notoatmojo (2010) perilaku yang didasari pengetahuan akan

lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Pendidikan kesehatan memotifasi seseorang untuk menerima informasi kesehatan dan berbuat sesuai dengan informasi tersebut agar mereka menjadi lebih tahu dan lebih sehat. Didukung pernyataan Pender, Murdaugh, dan Parsons (2015) mengatakan perilaku orang tua memiliki pengaruh yang besar dalam memengaruhi perilaku anak.

Hasil *Screening* Hb menunjukkan peningkatan kadar Hb. Hal ini terjadi karena asupan makanan remaja meningkat tidak hanya dari jumlah tapi juga dari kualitas makanan yang dikonsumsi. Sesuai hasil penelitian Marfuah, Pertiwi, & Kusudaryati (2016), pendidikan kesehatan dan peningkatan asupan nutrisi dapat mengatasi anemia. Meskipun 10 keluarga mengalami peningkatan nilai Hb, tetapi 1 remaja putri masih dikategorikan mengalami anemia yaitu memiliki nilai Hb 10,5 gr/dl dari nilai 8,5 gr/dl. Menurut analisis penulis, hal ini terjadi karena remaja putri berasal dari tipe keluarga *single family*, keluarga (ibu) memiliki tingkat pendidikan rendah (< SMA) dan penghasilan keluarga di bawah UMR Kota Depok (Rp. 3.046.180,-) jumlah saudara 3 (2 orang masih sekolah).

Kondisi ekonomi yang kurang menyebabkan daya beli keluarga menurun sehingga mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan keluarga termasuk kebutuhan nutrisi pada remaja yang mengalami anemia. Iskandar (2009) mengungkapkan bahwa semakin besar jumlah anak dalam keluarga beban hidup yang ditanggung akan semakin besar, termasuk perhatian terhadap konsumsi makan anak akan berkurang. Besar keluarga berpengaruh pada pembelanjaan dan konsumsi pangan keluarga terutama dalam mengonsumsi jenis makanan hewani. Status ekonomi juga turut memberikan pengaruh terhadap kemampuan daya beli dan konsumsi makanan yang mengandung zat besi dan vitamin C lebih banyak. Status sosial ekonomi keluarga merupakan faktor yang mempengaruhi angka kejadian anemia pada remaja putri (Kim, 2014; Marwan, Amin, & Yehia, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu juga berpengaruh terhadap kemampuan dalam menyusun menu dan menyediakan makanan sesuai dengan kebutuhan remaja putri yang mengalami anemia. Hasil

penelitian ini memperkuat pernyataan Murray (2010) yang menyatakan bahwa kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anggota keluarga salah satunya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu.

Hasil pengukuran IMT diperoleh 7 remaja putri termasuk dalam kategori kurus ($< 18,5$) hal ini tidak selalu mengindikasikan bahwa seseorang yang kurus pasti akan mengalami anemia. Sesuai dengan hasil penelitian Gupta, Parashar, Thakur, dan Sharma (2012) menyatakan IMT dan usia *onset menarche* tidak berhubungan secara signifikan dengan Anemia. Hasil penelitian Kaur, Deshmukh, dan Garg (2006) berdasarkan hasil Analisis univariat menunjukkan IMT tidak berkontribusi secara signifikan dengan anemia. Nilai IMT bukan merupakan salah satu penyebab terjadinya anemia tetapi merupakan salah satu indikator status nutrisi. Meskipun ke 7 remaja putri memiliki IMT $< 18,5$ (kurus) tetapi dilihat dari hasil penimbangan berat badan mengalami kenaikan. Rata-rata kenaikan berat badan 2 – 4 Kg selama 4 bulan. Hal ini menunjukkan asupan nutrisi remaja putri mengalami peningkatan baik secara kualitas maupun kuantitas. Peningkatan berat badan yang dialami remaja putri sesuai dengan pernyataan Arisman (2010) pertumbuhan pesat pada remaja ditandai dengan penambahan berat badan pada remaja putri 16 gram/hari dan laki-laki 19 gram/hari sedangkan penambahan tinggi badan pada remaja putri dan putra dapat mencapai 15 cm dalam setahun.

Hasil lain yang diperoleh adalah peningkatan tingkat kemandirian keluarga dari tingkat I – II ke tingkat III – IV. Tingkat kemandirian keluarga dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. menunjukkan bahwa 10 keluarga mengalami peningkatan tingkat kemandirian, di mana sebelum intervensi kemandirian keluarga berada pada tahap mandiri I dan II sedangkan setelah intervensi meningkat menjadi mandiri III dan IV. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi HEMA *Coach* mampu meningkatkan tingkat kemandirian keluarga. Meskipun terdapat 1 keluarga berada pada tingkat kemandirian III dan 1 keluarga masih berada pada tingkat kemandirian II karena keluarga belum mampu melakukan tindakan pencegahan secara aktif. Berdasarkan hasil intervensi, keluarga termasuk tipe *single family* dan pencari nafkah hanya ibu sebagai kepala keluarga. Ibu sibuk bekerja dari pagi sampai malam untuk memenuhi kebutuhan semua

anggota keluarga. Selain itu, anak-anak di dalam keluarga belum ada yang bisa diberikan tanggung jawab untuk menggantikan peran ibu dalam menyediakan makanan karena semua anak sejak kecil tidak dibiasakan untuk membantu pekerjaan rumah, kegiatan anak di fokuskan hanya untuk belajar dan semua kebutuhan serta pekerjaan rumah dilakukan oleh ibu.

Kondisi di atas menyebabkan ibu tidak memiliki waktu untuk melakukan tindakan pencegahan terhadap masalah anemia yang dialami remaja putri seperti setiap hari menyediakan makanan sehat dan melakukan modifikasi perilaku sesuai dengan komitmen keluarga karena sampai di rumah ibu sudah kelelahan. Ibu lebih sering memenuhi kebutuhan nutrisi anggota keluarga dengan membeli makanan di warung karena ibu hanya memiliki waktu untuk memasak makanan sendiri ketika libur bekerja yang dilakukan satu minggu sekali. Ditengah kesibukan ibu masih menyempatkan untuk menyediakan makanan sendiri berupa telur goreng, tempe goreng dan sayur bening. Buah-buahan jarang tersedia di rumah, tetapi keluarga sudah mulai membiasakan sarapan pagi. Kebiasaan dalam keluarga tersebut menyebabkan kebutuhan nutrisi remaja putri terutama yang mengandung zat besi belum terpenuhi.

Tabel 1. Tingkat Kemandirian Keluarga Sebelum dan Setelah dilakukan Intervensi HEMA *Coach* (n= 10)

Keluarga	Tingkat Kemandirian Keluarga	
	Sebelum	Setelah
Keluarga 1	I	III
Keluarga 2	II	IV
Keluarga 3	II	IV
Keluarga 4	I	II
Keluarga 5	II	IV
Keluarga 6	II	IV
Keluarga 7	II	IV
Keluarga 8	II	IV
Keluarga 9	II	IV
Keluarga 10	II	IV

Continue care yang dapat dilakukan perawat komunitas untuk mengatasi masalah anemia pada remaja putri diantaranya melaporkan kondisi keluarga setelah dilakukan intervensi *HEMA Coach* dan melakukan advokasi kepada pihak puskesmas untuk melanjutkan pemberian asuhan keperawatan, melakukan monitoring terhadap kondisi kesehatan remaja putri, dan merekomendasikan keluarga untuk mendapat bantuan dari pemerintah sehingga kebutuhan nutrisi remaja putri dapat terpenuhi sehingga masalah anemia dapat teratasi.

Simpulan

Terjadinya peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga dalam mengatasi anemia pada remaja putri. Terjadinya peningkatan nilai Hb dan IMT. Terjadinya peningkatan tingkat kemandirian keluarga dari I-II menjadi III-IV. Terjadinya penurunan kejadian anemia dari 10 menjadi 1 remaja putri.

Referensi

- Anand, T., Rahi, M., Sharma, P., & Ingle, G.K. (2013). *Issue in Prevention of Iron Deficiency Anemia in India*. Diunduh dari www.nutritionjrn.com
- Arisman. (2010). *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset kesehatan dasar: Riskesdas 2013*. Jakarta: Kemenkes RI
- Bagni, U.V., Yokoo, E.M., & Veiga, G.V. (2014). *Association between nutrient intake and anemia in Brazilian adolescents*. Diunduh dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- DepKes RI. (2014). *Menteri Kesehatan Buka Konferensi Nasional Persatuan Ahli Gizi Indonesia tahun 2014*. Diunduh dari <http://www.depkes.go.id>
- Friedman, M., Bowden, V., Jones, E. (2010). *Family Nursing Research. Theory & Practice*. New Jersey: Pearson Education
- Green, L. W. & Keuter, M. W. (2005). *Health Program Planning an Educational and Ecological Approach*. Fourth Edition, New York: The McGraw-Hill Companies, Inc
- Gupta, D., Pant, B., & Kumari, R. (2014). Socio-demographic correlates of anaemia among adolescents in urban slum. *Indian Journal of Public Health Research & Development*.
- Hayati, R.M. (2010). *Pegetahuan dan Sikap Anemia Defesiensi Besi dan Dampaknya terhadap Kesehatan Reproduksi di MAL IAIN Medan Tahun 2009/2010*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Iskandar, A. (2009). *Hubungan faktor Internal dan Eksternal Keluarga terhadap Kejadian Anemia Gizi Besi pada Aggregat Remaja Putri di SMP Negeri 1 Cimalaka Kabupaten Sumedang*. Tesis. FIK UI.
- Kaur, S., Deshmukh, P.R., & Garg, B.S. (2006). Epidemiological Correlates of Nutritional Anaemia in Adolescent Girls of Rural Wardha. *Indian Community Med Journal*. 2006;31:255-8.
- KemenKes RI. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kim, J. Y., Shin, S., Han, K., Lee, K ., Kim, J., & Choi, Y. S. (2014). Relationship between socioeconomic status and anemia prevalence in adolescent girls based on the fourth and fifth koreaa national health and nutrition examination surveys. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(2), 253-8. Doi:<http://dx.doi.org/10.1038/ejen.2013.24>
- Linda, P., Grooms, N.C., Michelle, & Laura, E. M., (2013). *Treatment of Anemia in the Adolescent Female*. *Fediatric Annals*. January 2013. Volume 42. Issue 1:36-39. Diunduh dari <http://www.healio.com>.
- Lubis, N.R. (2012) *Membantu Karyawan dengan Coaching & Counseling*. (<http://www.lptui.com>)
- Marfuah, D., Pertiwi, D., & Kusudaryati D. (2016). *Efektifitas edukasi gizi terhadap perbaikan asupan gizi besi pada remaja putri*. Diundug dari <https://www.researchgate.net>.
- Marwan, O.J., Amien, H., & Yehia, A. (2013). *Anemia and risk factors among female secondary students inthe Gaza Strip*. Diunduh dari <https://www.researchgate.net>
- Mesias, M., Seiquer, I., & Navarro, M.P. (2012). *Iron Nutrition in Adolescence*. Di unduh dari <http://search.proquest.com>
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adult: theory and practice* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins



- Murray, A. (2010). *Community Health and Wellness: A Sociological Approach*. Philadelphia: Mosby
- Neri, A. (2009). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Anemia Gizi Remaja Putri SMP 133 di Pulau Pramuka Kepulauan Seribu*. Tesis FKM UI
- Notoatmojo, S. (2010). *Promosi Kesehatan, Teori, dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pender, N.J., Murdaugh, CL. & Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (5th.ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Saifah. (2012). *Model Perkasa Sebagai Model Intervensi Penanggulangan Gizi Lebih Pada Anak Usia Sekolah Di Kelurahan Pasir gunung Selatan Kecamatan Cimanggis Kota Depok*. Universitas Indonesia
- Santrock, J.W. (2007). *Adolescence*. Eleventh edition. USA: The McGraw-Hill Companies.
- Sari, Yunita. (2016). *Pengaruh coaching terhadap stigma diri dan kualitas hidup klien TB Paru*. Tesis. Pascasarjana Keperawatan. Universitas Indonesia.
- Sayogo, S. (2006). *Gizi Remaja Putri*. Jakarta: EGC.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing*. 9th ed. St. Louis, MO: Mosby-Elsevier.
- Taylor, R.B. (2006). *Family Medicine: Principles and Practice*. Sixth edition. New York: Springer-Verlag.
- World Health Organization. (2014). *WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Geneva: World Health Organization